

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 134

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE CALCAIRE DES FIBROMYOMES DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 29 avril 1935

PAR

Augustin-Louis-Christophe BAUDET

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à SAUZON, Belle-Isle-en-Mer (Morbihan), le 14 septembre 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		PAPIN, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, professeur	
		FAUGÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR

6. Place Saint-Christoly

1935

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 134

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE CALCAIRE DES FIBROMYOMES DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 29 avril 1935

PAR

Augustin-Louis-Christophe BAUDET

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à SAUZON, Belle-Isle-en-Mer (Morbihan), le 14 septembre 1909.



Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		PAPIN, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, professeur .. .	
		FAUGÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

6, Place Saint-Christoly

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS,
BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale.....	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique.....	C. SIGALAS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PÉRRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	DUFOUR.	id.....	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Ob-étrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie.....	DESPONS.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOUIIA.
id.....	DE GRAILLY.	Physique médicale.....	WANGERMEZ.
id.....	FOUTAS.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Physiologie.....	FABRE.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Pharmacie chimique.....	VITTE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Botanique.....	GIRARD.

Ophtalmologie..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Faible témoignage de mon infinie tendresse et de ma reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS ET CAMARADES DE L'ECOLE

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE ANNEXE DE MEDECINE NAVALE DE BREST

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES JUGES

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Vice-président de la Société française de gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Avec nos remerciements pour le très grand honneur qu'il nous fit en nous inspirant ce sujet.

Qu'il nous soit permis de lui témoigner notre gratitude pour l'extrême bienveillance que nous avons toujours trouvée en son service, et l'affection qu'il nous a toujours témoignée.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
DÉGÉNÉRESCENCE CALCAIRE
DES FIBROMYOMES DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

C'est sur les conseils de M. de Professeur Guyot, alors professeur de clinique gynécologique à l'Hôpital André-Boursier, que nous avons pris comme sujet de thèse les fibromes calcifiés.

Dans son nouveau service de clinique chirurgicale à l'Hôpital Saint-André, nous avons pu continuer nos recherches et nos études, et nous serions heureux de jeter quelque lumière sur cette « découverte opératoire et d'autopsie ».

Le premier chapitre sera un court résumé de l'historique de la question.

Le deuxième comprendra quelques considérations étiologiques.

Le troisième aura trait à l'anatomie pathologique, à la composition chimique et histologique du fibrome calcifié.

Dans le quatrième, nous essaierons de donner une pathogénie aussi claire que possible.

Dans le cinquième chapitre, il sera question de la symptomatologie et du diagnostic.

Le sixième chapitre traitera de l'évolution des complications, du pronostic.

Nous terminerons par la question du traitement.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les « pierres utérines » ont été connues dès la plus haute antiquité.

Hippocrate raconte l'histoire d'une servante thessalienne qui en expulsa deux.

Plus près de nous, au xvi^e siècle, Ambroise Paré découvre ces « pierres » dans la matrice elle-même.

En 1835, Bostock, de Londres, étudie leur composition chimique, composition revue ensuite par Everett, Andral, Guibé, Blanc.

Cruevilhier (1856) distingue ensuite la calcification de l'ossification. Virchow étudie dans sa *Pathologie des tumeurs* la dégénérescence des fibromes utérins.

Mais les « pierres utérines » n'ont été rapportées à leur véritable cause qu'au début du xix^e siècle. Roux et Meckel, les premiers, ont décrit *La dégénérescence calcaire des fibromes de l'utérus* : « ils ne sont autres que des fibromes incrustés de sels de chaux. »

Cette question a fait l'objet des thèses de Coste (Paris, 1893) et Hymne (Paris, 1898), mais elle a été surtout étudiée et mise au point dans les thèses de Guibé (1901), Piquaud (1905). Citons : Péraire (1909), Martin de Magny et Boudon (1910), Charrier (Bordeaux, 1911), P. Nadal (1913), Lorin, Bouchacourt, Pinel (de Paris).

Des articles nombreux, que nous citerons dans notre bibliographie, ont paru sur les fibromes calcifiés, et nous permettent à l'heure actuelle d'envisager sous tous ses angles cette question.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Cruveilhier considérait la calcification des fibromyomes utérins comme une découverte assez fréquente d'autopsie, en tout cas comme la dégénérescence la plus fréquente du fibromyome utérin. Il ne faut pas perdre de vue que cet auteur observait surtout de vieilles femmes de la Salpêtrière et à une époque (milieu du XIX^e siècle) où la chirurgie abdominale existait à peine.

Piquand, dans sa thèse (1905), rapporte pour 1.041 fibromes 28 fibromes calcifiés, soit 2,7 p. 100.

Les auteurs des traités classiques signalent brièvement cette affection.

Vu la précocité des interventions chirurgicales, on peut, à notre humble avis, conclure à la rareté clinique des fibromyomes utérins calcifiés.

Etiologie. — Il semble que l'importance de la ménopause soit évidente.

Peu fréquente avant 50 ans, la dégénérescence calcaire serait exceptionnelle avant 40 ans.

Guibé (75 observations de fibromes calcifiés) :

Avant 50 ans, 22 cas;

Après 50 ans, 53 cas.

La grossesse ne semble pas avoir la moindre influence sur la dégénérescence calcaire. Cette affection est aussi fréquente chez les multipares et les nullipares.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE COMPOSITION CHIMIQUE ET HISTOLOGIQUE

A. — Toutes les variétés de fibromyome utérin peuvent subir la dégénérescence calcaire.

Le plus grand nombre pourtant appartient aux variétés sous-péritonéale et interstitielle.

Le plus souvent, la localisation siège sur le corps utérin; elle est des plus rares sur le col.

Guibé (concrétions libres) :

dans la cavité, 15;

sous-muqueux, 5;

interstitiels, 34;

dans le ligament large, 1;

sous-péritonéaux, 30,

sur 85 cas observés.

La calcification ne s'étend pas obligatoirement à tous les noyaux; il en est de même en cas de fibromes multiples.

Dimensions : Elles sont des plus variables : réduites dans les processus de calcification diffuse qui peuvent n'être que le début d'une calcification très étendue; ou considérables (6 kg. 500 et plus), elles varient en général du volume de l'œuf de poule à celui d'une tête fœtale.

B. *Composition chimique et histologique.* — La trame organique comprend du tissu conjonctif, quelques rares fibres musculaires.

Les sels minéraux sont : le phosphate de chaux, le carbonate de chaux, du phosphate de magnésie (dans les environs de 2 p. 100); quelques traces, nettes, de fer. Enfin de l'eau.

Martin de Magny (Paris, 1910) nous donne, dans sa thèse, les proportions suivantes :

Eau, 56,25 p. 100;

Matières organiques, 18,20 p. 100;

Sels minéraux, 25,55 p. 100.

A noter l'extrême rareté de phosphate ammoniaco-magnésien. La présence de ce sel en proportion importante permettra de reconnaître un calcul d'origine urinaire et d'éliminer à coup sûr l'origine utérine.

C. — L'aspect macroscopique du fibrome utérin calcifié est différent suivant que le processus de calcification sera à départ périphérique ou central, ce dernier mode étant le plus fréquent.

Les tumeurs arrivées à complète calcification ont une surface très irrégulière, uniformément dure, parsemée de nombreuses granulations plus ou moins volumineuses, unies par leur base aux granulations voisines. Leur confluence donne aux petits fibromes calcifiés un aspect mûriforme; les tumeurs plus volumineuses ressemblent à un chou-fleur.

Cet aspect est l'aboutissant de la confluence de nombreux foyers de calcification primitifs.

Même dans un fibromyome entièrement calcifié, il subsiste toujours, en proportions variables, il est vrai, et enrobé dans la masse pétrifiante, un stroma organique constitué par du tissu fibreux en majorité et quelques fibres musculaires plus ou moins altérées.

Certains auteurs ont analysé, dans des tumeurs totalement pétrifiées, la proportion relative des matières organiques. Everett donne pour les matières organiques le $\frac{1}{25}$ de la tumeur totale.

Guibé donne le $\frac{6}{25}$ et Bostock va jusqu'à $\frac{16}{25}$. Ces chif-

fres prouvent que cette proportion relative des matières organiques doit dépendre :

- a) de l'altération plus ou moins avancée du stroma;
- b) du volume de la tumeur;
- c) de la quantité des sels calcaires qui passent ou séjournent dans les humeurs de l'organisme.

D. Aspect microscopique du fibrome calcifié. — A la coupe, on peut trouver les stades successifs suivants :

Au début, on note seulement une infiltration diffuse de granulations calcaires peu denses : la tumeur est facile à couper.

Plus tard, l'aspect est ramifié. Nous trouvons un stroma amorphe au milieu duquel se trouvent de nombreuses granulations très dures du volume d'une tête d'épingle à un pois, de couleur blanc jaunâtre.

Le dernier stade est caractérisé par une dégénérescence complète, par une confluence des granulations précédentes. La tumeur devient extrêmement dure, de consistance uniformément résistante et ne peut être attaquée que par la scie.

CHAPITRE IV

PATHOGENIE

On entend, d'abord, par fibromyomes de l'utérus, des tumeurs constituées en proportion variable par du tissu fibreux et du tissu musculaire.

Les fibromes sont vascularisés et se développent le plus souvent autour d'un capillaire central, comme nous allons le voir. A signaler aussi l'existence de nerfs en cordons isolés ou en plexus:

Les fibromes histologiquement bénins régressent le plus souvent après la ménopause et finissent même par disparaître. De là, cette déduction thérapeutique : la production d'une ménopause anticipée soit par stérilisation radiothérapique des ovaires, soit par castration tubo-ovarienne. Il s'en faut malheureusement que l'âge critique marque pour ces tumeurs un temps d'arrêt constant. On voit des fibromes jusqu'alors tolérés s'incruster parfois de matière calcaire et atteindre un volume considérable.

La calcification peut être diffuse ou localisée à certains nodules fibromateux.

La pétrification, d'après E. Forgue, se fait de deux manières : « tantôt par un encroûtement périphérique, plus souvent par une infiltration calcaire totale qui rayonne du capillaire central du lobule ».

« ... Tout fibrome est composé de lobules agglomérés : chacun de ces lobules constitue l'unité histologique. Au centre de chacun d'eux, se trouve un vaisseau axile qui est le point de départ de toutes ses transformations... calcification. » Sans

entrer dans des discussions beaucoup plus théoriques que pratiques, nous reproduisons la théorie de Pillet et Costes. « Elle énonce que la calcification « débute » au centre du nodule, directement autour du capillaire central; dans la suite, l'accumulation des sels calcaires dans cette région finit par détruire le vaisseau axile lui-même. » En effet, dans les fibromes calcifiés, le capillaire central du nodule est toujours disparu. La valcularisation de ces fibromes calcifiés est pauvre.

A. — Théorie vasculaire athéromateuse.

On a invoqué, dans la pathogénie de ces tumeurs : des troubles de la vascularisation accentués par la ménopause; des lésions d'athérome des artères (Lorin), ces dernières pouvant être obturées par une plaque d'athérome.

Piquand, ayant constaté dans trois cas de fibromyomes calcifiés l'athérome des artères utérines, pense « que la calcification débiterait dans les parties les plus mal irriguées de la tumeur; ce processus expliquerait le fait que la calcification survient à la suite de la dégénérescence fibreuse, le tissu fibreux comme le tissu cartilagineux s'imprégnant facilement de granulations calcaires ».

En résumé, « que l'artère utérine soit athéromateuse, que le fibrome soit très pauvre en vaisseaux, les principales conditions se trouvent réalisées pour que la calcification de la tumeur se produise. On peut considérer la dégénérescence calcaire des fibromes comme un chapitre d'une question encore mal étudiée : l'athérome des artères utérines ».

B. — Théorie de la dégénérescence graisseuse et fibreuse.

Pour Guibé, « les fibres musculaires subiraient d'abord une dégénérescence graisseuse et secondairement s'infiltreraient de granulations calcaires ».

D'autre part, il peut y avoir primitivement dégénérescence

fibreuse. Pour Blanc : « Plus les plaques calcaires sont anciennes, plus les fibres musculaires sont dégénérées; celles-ci arrivent à manquer totalement, faisant place à un tissu conjonctif. »

Costes cite une observation où les dépôts calcaires se font directement sur les fibres musculaires, et une seconde où ils s'effectuent après transformation fibreuse du nodule, ce qui le conduit à conclure : « Nous pensons donc que la crétification n'est pas nécessairement précédée par l'induration... », et nous ajouterons, par la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires. Seulement, il y aurait, à notre avis, retentissement des troubles vasculaires (athérome des artères, au moment de la ménopause surtout, en particulier de l'artère utérine) sur la nutrition du protoplasma cellulaire, d'où transformation du tissu musculaire en tissu fibreux (ce qui confirme l'avis de Blanc).

La circulation se ralentit de plus en plus dans le fibrome qui subit le processus de la calcification, toutes les fonctions de la cellule musculaire sont troublées. Il peut y avoir dégénérescence graisseuse du tissu musculaire, comme l'a remarqué Guibé (voir plus haut).

CONSÉQUENCES DE CES DÉGÉNÉRESCENCES.

1° Affinité grande des sels calcaires pour le tissu fibreux, qui a remplacé le tissu musculaire (Talamon) : « ... l'infiltration se fait, dit-il, directement, dans ce tissu non vasculaire, vivant par inhibition, comme elle se fait dans le tissu cartilagineux ».

2° « ... Toutefois, de ce que ces tissus peuvent s'infiltrer directement de sels calcaires, nous ne concluons pas qu'ils ne puissent subir la dégénérescence graisseuse... », dit Vulpian. Weber et Wagner admettent que les tissus qui doivent s'imprégner de sels calcaires sont au préalable stéatosés, puis l'acide margarique des corps gras se combine avec la chaux du sang ou des tissus; les margarates se changent

ensuite en carbonates; quant aux phosphates, l'acide phosphorique leur est fourni par la décomposition de la myéline ou par l'acide phospho-glycérique, auquel la lécithine donne très facilement naissance.

CONCLUSIONS.

1° Un ralentissement de la circulation du fibrome favorise la rétention de sels calcaires apportés par le plasma (surcharge calcaire, premier stade);

2° Dégénérescence fibreuse, graisseuse du tissu musculaire, secondaire aux troubles de la vascularisation, le protoplasme cellulaire ne se nourrit plus.

Fixation des sels calcaires par le tissu musculaire dégénéré;

3° Les sels de chaux provenant de l'alimentation suffisent avec l'altération des tissus du fibromyome à la calcification de cette tumeur.

CHAPITRE V

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

La symptomatologie des fibromyomes calcifiés de l'utérus est très réduite, parfois nulle. L'examen clinique peut permettre de supposer l'existence de la dégénérescence de la tumeur, rarement il permet de l'affirmer.

L'examen radiologique est un bon élément de diagnostic.

Suivant la position du fibrome calcifié, nous avons les signes du fibrome sous-péritonéal, pédiculé, sous-muqueux, intraligamentaire, enclavé dans le Douglas.

Tels sont les signes ordinaires des fibromes :

1° Signes fonctionnels :

- a) hémorragies, leucorrhée;
- b) douleurs;
- c) phénomènes de compression.

2° Signes physiques :

- a) constatation d'une tumeur;
- b) agrandissement ou déviation de la cavité utérine mesurée à l'hystéromètre.

1° SIGNES FONCTIONNELS.

a) Ecoulements constitués par des métrorragies, des ménorragies si la malade est encore réglée, de la leucorrhée. Souvent on observe une malade qui, ayant eu des hémorragies avant sa ménopause, a cessé de s'en plaindre pendant plusieurs années et les voit réapparaître au bout d'une période plus ou moins longue. Peraire (Société anatomique, 1909) présente une malade ayant eu depuis cinq ans des métror-

ragies telles qu'elle était arrivée à la dernière période de cachexie.

Chapman rapporte un cas de mort par hémorragie incoercible.

La leucorrhée coïncide souvent avec des lésions avancées de la muqueuse.

D'abondance variable, elle est rarement constituée par un écoulement nettement purulent, de fétidité comparable aux pertes du cancer, et elle s'accompagne rarement de gangrène de la muqueuse.

b) *Douleurs.* — La douleur est fréquente dans le fibrome calcifié : elle peut aller de la simple pesanteur ou gêne jusqu'aux véritables coliques utérines avec leurs irradiations classiques vers la région lombaire, le périnée, l'anus, les organes génitaux externes et la cuisse.

Guibé, sur 60 cas examinés, donne 20 cas avec signes douloureux très accentués. Les fibromes calcifiés seraient plus douloureux que les fibromes ordinaires, et ceci du fait de leur poids et de leur dureté.

Leur poids occasionne des tiraillements sur les ligaments et les nerfs.

Leur dureté les empêche de s'accommoder et de se déformer.

c) *Phénomènes de compression.* — La compression peut porter sur les nerfs, les vaisseaux, la vessie, le rectum.

Fréquence de sciatique : La malade de Lorin se plaint surtout de douleurs très violentes dans la région lombaire droite, le membre inférieur droit, avec impotence de la cuisse et du genou.

La compression veineuse provoque des varices douloureuses du membre inférieur, des œdèmes, et même une légère ascite.

La vessie peut être comprimée entre la face postérieure du pubis en avant et le fibrome utérin calcifié en arrière, développé au dépens de la face antérieure du corps.

Malgaigne cite même un cas de perforation vésicale.

Il y a des troubles de la miction, pollakiurie, dysurie, jusqu'à la rétention d'urine avec cystite, et parfois rétention brusque.

Les tumeurs calcifiées incluses dans le Douglas compriment le rectum.

On note de la gêne de la défécation, une constipation opiniâtre, et même un peu d'obstruction intestinale.

Daret cite un cas d'ulcération du rectum.

Lisfranc parle d'une perforation anale avec expulsion par l'anus de la tumeur calcifiée.

2° SIGNES PHYSIQUES.

Les fibromes calcifiés peuvent présenter quelques signes particuliers qui les différencient des fibromes simples.

Nous avons dit l'acuité de la douleur; il peut y avoir expulsion par le vagin de fragments de tumeur calcaire.

Dans les cas de fistule vésico-génitale, on a confondu ces concrétions calcaires avec de véritables calculs urinaires.

Leur composition chimique permet de les différencier : rareté du phosphate ammoniaco-magnésien dans les « pierres » utérines. Cette expulsion de nodules calcifiés est la conséquence de l'infection du fibrome calcifié avec ramollissement et ulcération de la muqueuse.

Il va sans dire que le diagnostic du fibrome calcifié doit être porté bien avant cette période.

La radiographie nous permet d'affirmer l'existence d'un fibrome calcifié.

Le fibrome normal est invisible à la radiographie, il faut faire un lipiodol intra-utérin.

Le fibrome calcifié se présente sous la forme d'une masse opaque plongeant dans le petit bassin.

En présence de ce signe capital, le clinicien tiendra compte de l'âge de la malade : le fibrome calcifié est rare avant 40 ans.

Le clinicien tiendra compte aussi de l'évolution du fibrome: après une période d'absence de manifestations cliniques, les hémorragies, les douleurs, les signes de compression, réapparaissent. Il sera bon de songer à la calcification possible.

Enfin le palper et le toucher permettront de constater la présence d'une tumeur très lourde, dure comme de la pierre. Vérifier la mobilité de cette tumeur.

M. le professeur Guyot et M. Balard, dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie* (Paris, 1924), à propos d'une observation rapportée plus loin, recommandent le toucher vaginal.

Les radiologues réclament, en pareil cas, le secours de leur art.

Associions ces deux bons moyens de diagnostic :

a) La grossesse prête difficilement à confusion. Ce diagnostic est surtout le cas des fibromes ramollis et non pas des fibromes calcifiés. Le laboratoire (réaction de Zondeck-Brouha) vient compléter les probabilités de la clinique et de la radiologie.

b) Le fibrome calcifié sous-muqueux peut s'accompagner de lésions graves de la muqueuse avec pertes malodorantes, mais ce ne seront ni l'hémorragie au moindre contact ni les pertes fétides du cancer. L'examen direct et une biopsie mettront les choses au point.

En cas de fibrome pédiculé, le diagnostic à faire sera celui du kyste à pédicule tordu : dans le fibrome calcifié, les signes de douleur et de compression s'installent progressivement. On n'observe ni la douleur brusque, ni surtout les réactions péritonéales intenses.

Enfin, il est une erreur difficile à éviter, c'est la confusion avec les tumeurs solides de l'ovaire, erreur d'autant plus facile à commettre que les tumeurs solides de l'ovaire pourront se calcifier.

Mais le fibrome de l'ovaire s'accompagne rarement d'hémorragies et souvent d'ascite. La situation de la tumeur, ses connexions avec l'utérus, permettront de faire le diagnostic.

CHAPITRE VI

EVOLUTION — COMPLICATIONS — PRONOSTIC

Généralement, la transformation calcaire des fibromes est essentiellement bénigne.

Dans quelques cas, cependant, la malade pourra succomber de cachexie provoquée par l'abondance et la répétition des hémorragies (cas de Chapmann).

La suppuration du fibrome calcifié est une complication assez rare. Chez les femmes de 33 à 40 ans, la grossesse, les avortements, les fausses couches, peuvent être des causes favorisantes. N'oublions pas que l'infection commence vite sur une muqueuse utérine hyperhémiee et parfois traumatisée.

Les causes d'infection existent, surtout aux environs de la ménopause; la dégénérescence calcaire du fibrome, plus fréquente à cette époque, s'accompagne de troubles vasculaires notables dont l'apparition favorise l'infection.

Les injections, les interventions intratumorales, l'inflammation des organes voisins et les collections suppurées proches peuvent servir de porte d'entrée aux microbes. Toutes les ulcérations de la muqueuse utérine résultant de compression, de lésions inflammatoires ou spécifiques, sont parmi les principales causes de la suppuration.

On peut trouver en même temps de l'annexite, de l'adhérence, des trompes suppurées au fibrome calcifié, le tout formant bloc sans qu'il soit souvent possible de dire par où l'infection a débuté.

Le plus souvent la périphérie du fibrome calcifié est

atteinte, la gangue celluleuse encerclant le myome peut n'être qu'une nappe de pus. Au centre, on peut trouver une masse calcifiée (Roussi, Gosselin).

Fenerley, Carter, ont rapporté des cas où la suppuration ne s'était traduite par aucun symptôme net, mais il en est rarement ainsi. Les agents infectieux seraient le streptocoque, ou le staphylocoque, quelquefois le colibacille. La suppuration du fibrome calcifié se manifeste par de l'augmentation de la température, qui dépasse 38 degrés, par des frissons, des troubles digestifs. Ces signes vont en progressant, et un état septicémique s'installe. L'ouverture de l'abcès dans le péritoine produit une péritonite rapidement mortelle (Lesiré et Laganne).

L'abcès peut s'ouvrir dans la vessie et le rectum. L'ouverture dans le vagin est la solution la plus simple. Elle peut amener la guérison avec l'expulsion de toute la masse sphacélée; des pertes vaginales qui ne tardent pas à devenir fétides.

Ces complications possibles rendent le pronostic sombre. Abandonné à lui-même, le myome calcifié suppuré amène la mort dans la proportion de 9 cas sur 10 (Hamant). Pour éviter toute menace de suppuration, en cas de persistance des troubles généraux et locaux, l'hystérectomie subtotale s'impose (obs. IV).

La présence d'une tumeur abdominale, en déterminant une irritation péritonéale constante, donne lieu à des péritonites locales septiques et à de l'ascite. « Lorsque l'ascite résulte d'une irritation péritonéale, elle survient d'autant plus facilement que la tumeur est plus mobile et plus dure » (H. Stroheker, thèse Paris, 1902). Il en résulte que les fibromes calcifiés, tumeurs dures et mobiles, s'accompagneront fréquemment d'ascite. Cette ascite peut, du reste, avoir pour autre origine une compression mécanique. La malade, ascitique, présente le tableau de l'asystolique avec de l'anasarque, de la dyspnée, un pouls petit, fréquent, à 120.

Les complications du côté de l'intestin sont souvent gra-

ves. Il se produit de l'occlusion intestinale par adhérences entre la tumeur et les anses grêles.

Guibé, dans sa thèse, cite le cas suivant signalé par Harris :

« Sa malade, âgée de 70 ans, après avoir longtemps porté un fibrome qui avait fortement diminué de volume depuis la ménopause, était, depuis un an, atteinte d'une constipation opiniâtre : elle fut opérée, quoique l'examen révélât une tumeur libre et mobile, incapable, semblait-il, de comprimer l'intestin. Or, la laparotomie montra qu'il s'agissait d'un fibrome calcifié auquel adhéraient deux anses intestinales. Tant que la tumeur, trop volumineuse, était restée contenue dans l'abdomen, elle n'avait donné lieu à aucun symptôme, mais, à mesure qu'en se calcifiant elle devenait plus petite, elle descendait dans le petit bassin, entraînant avec elle les deux anses d'iléon qui lui adhéraient, si bien que la coudure de celles-ci à angle aigu provoquait une constipation qui était arrivée peu à peu à l'obstruction chronique.

Les lésions cardiaques préexistantes augmentent et aggravent le pronostic du fibrome calcifié. D'après Stroheker, « elles peuvent entraîner, surtout dans les gros fibromes à évolution abdominale, la dégénérescence graisseuse ou de l'atrophie brune du myocarde, de l'hypertrophie ou de la dilatation du cœur droit et plus souvent du cœur gauche, comme l'a fait observer Sébilleau ».

Le processus de calcification du fibrome, l'influence de la ménopause, exagèrent les troubles circulatoires, et la malade peut succomber à une crise d'hypertension (obs. IX) ou d'embolie (obs. X).

Pour en finir avec les complications, signalons la fréquence du cancer utérin, coexistant avec des fibromes calcifiés.

Bablet (1910-1911), Chabiron (Bordeaux, 1912-1913), ont fait leur thèse sur *La fréquence du sarcome dans le fibrome utérin*. On peut admettre que le fibrome utérin simple ne subit pas entièrement, dans tous ses nodules, la calcification, et que certains d'entre eux peuvent subir une dégénérescence

maligne, de telle sorte qu'on puisse voir sur une même coupe des nodules sarcomateux et des nodules fibromateux calcifiés.

Les rapports du fibrome calcifié avec grossesse sont peu signalés.

Il est vrai qu'il y a souvent opposition nette dans l'âge des malades pour ces deux affections. Cependant, c'est une des rares conditions dans lesquelles le fibrome calcifié puisse avoir une individualité propre. La grossesse provoque un développement rapide du fibrome simple et son ramollissement.

La grossesse n'a pas d'action sur l'évolution du fibrome calcifié. Mais la dégénérescence calcaire, qui s'accompagne souvent de sclérose utérine, peut être un obstacle à la fécondation et être une cause de fausses couches : l'obstacle apporté au développement de l'œuf par le fibrome est encore plus accusé par la calcification. L'accouchement est dystocique, surtout dans les fibromes bas situés.

Dans le cas de Saexinger, rapporté par Guibé, « le fibrome calcifié était pédiculé et pendait dans le vagin, empêchant la sortie du fœtus : il fut pris tout d'abord pour la tête fœtale, et une application de forceps fut pratiquée, qui amena une violente dyspnée avec menace de syncope. En examinant la malade de plus près, on s'aperçut que le corps adhérerait par un pédicule mince et mou qui fut sectionné. L'enfant se présentant par l'épaulé, il fallut pratiquer une version qui amena l'enfant vivant. Guérison de la mère ».

R. Lee cite un cas où la mort survint après l'accouchement par inertie utérine, due à l'existence d'un fibrome calcifié. Il y eut une hémorragie incoercible.

Dystocie due à la présence d'un calcul utérin dans le col au moment de l'accouchement, dans les deux cas signalés par Wilson (thèse de Guibé) : « l'un fut extrait avec un forceps, mais il persista une rigidité du col qui rendit l'accouchement difficile et occasionna la mort de l'enfant. Dans le deuxième cas, le calcul fut enlevé sans difficulté, mais il fallut

pratiquer une version qui amena un enfant vivant, mais fut suivi de la mort de la mère. »

Pour la conduite à tenir en pareils cas, nous nous inspirons des directives de Stroheker que nous trouvons consignées dans sa thèse du 5 juin 1902 (Paris) :

1^e « Au cours de la grossesse, il faut savoir être abstentionniste... il faut faire courir à la malade « le minimum » de danger...; faute de mieux, il vaut mieux recourir à une opération palliative... »

Wallace, dès 1897, pratique une myomectomie au cours d'une grossesse, et la grossesse suit son cours normal (thèse de Guibé). Il a été question de « section » du pédicule du nodule calcifié qui empêchait la sortie de l'enfant au moment de l'accouchement (cas de Saexinger).

Nous avons parlé d'extraction d'un calcul utérin du col avec un forceps (cas Wilson).

L'intervention, au cours de la gestation, est souvent inutile, et l'accouchement se fait normal. Le nodule calcifié est de petites dimensions, en général; il ne s'accroît pas pendant la grossesse. Une coque calcaire isole souvent le nodule fibromateux du reste de l'utérus, sa mobilité permet une facile énucléation.

Divers accidents peuvent survenir pendant la gestation.

Le cas de R. Lee a trait à l'inertie utérine suivie d'hémorragie incoercible. Le traitement médical avec la pituitrine, l'ergot, le sucre; l'expression utérine ou méthode de Kristeller; le forceps, tout cela sera employé. Il faut veiller aux hémorragies de la délivrance, consécutives à de l'inertie de la délivrance.

La malade de Lee meurt.

La calcification du fibrome utérin ne s'est pas produite sans un certain degré de sclérose utérine, et de rigidité du col.

2^e Pendant « le travail », « il faut encore, dans certains cas, attendre » (Stroheker).

Lorsque le nodule calcifié met un obstacle à l'accouche-

ment, que le malade souffre fortement, on a pu pratiquer (les membranes étant intactes) une opération césarienne conservatrice.

Ces rapports du fibrome calcifié et de la grossesse étant traités, ainsi que quelques complications survenues au cours de l'évolution de la maladie, les considérations suivantes peuvent être tirées :

a) Le médecin ne saurait trop recommander à sa cliente porteuse d'un fibromè calcifié de se faire examiner tous les mois, par exemple;

b) Il ne craindra pas de lui dire que sa tumeur inoffensive aujourd'hui peut nécessiter dans un avenir indéterminé une intervention;

c) Si la personne encore jeune devient enceinte, il lui sera conseillé de rentrer à l'hôpital ou de venir accoucher dans une maternité, où elle recevra tous les soins qu'exige son état. En résumé, de pronostic généralement bénin, les fibromes calcifiés doivent toujours être traités chirurgicalement, vu les complications nombreuses qu'ils occasionnent, leur poids et leur dureté, la non-tendance à la régression du processus de calcification.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

La dégénérescence calcaire, a dit Lorin, constitue « beaucoup plus une raison d'intervention qu'un motif d'abstention ».

Ce que nous venons d'exposer dans les chapitres précédents confirme cette manière de voir.

Une thérapeutique active s'impose dans la plupart des cas; et, en premier lieu, le traitement chirurgical.

Dans certains cas de fibromes calcifiés inclus dans la cavité utérine, et surtout de petits fibromes ayant ulcéré la muqueuse, on pourra se contenter du curetage, mais ce sera un procédé d'exception.

L'examen général, pour une malade porteuse d'un fibrome calcifié, devra être sévère.

S'il s'agit d'une personne âgée, dans les 60 ans, diabétique, et que le nodule calcifié, petit, ne provoque aucun trouble, il faut s'abstenir.

La malade est plus jeune, le nodule calcifié est plus gros, il provoque de la douleur, quelques phénomènes de compression : opérer. Ici encore, on peut se contenter d'une myomectomie abdominale simple, car le nodule calcifié est localisé, interstitiel; d'autre part, la malade est un peu hypertendue, athéromateuse, et son cœur, et son rein, ne sont pas en état de supporter les risques d'une hystérectomie.

L'opération de choix, lorsqu'elle est possible — et la grande majorité des auteurs est d'accord — se trouve être l'hystérectomie subtotalaire ou totale.

L'opération courante, c'est l'hystérectomie abdominale subtotalaire, selon le procédé américain : il consiste à enlever

l'utérus et les annexes de gauche à droite, en coupant successivement le ligament large de gauche, le col, le ligament large de droite.

Beaucoup de chirurgiens préfèrent la « totale ». Kelly et J.-L. Faure procèdent, en cas d'adhérences périannexielles, à la « décollation antérieure, c'est-à-dire par section première du col en avant ».

Disons quelques mots de la radiothérapie. Certains chirurgiens la condamnent, et le Professeur Bégouin, professeur de clinique chirurgicale à l'Hôpital Saint-André (Bordeaux) déclare, dans le *Bordeaux chirurgical* de 1932, à la fin de l'observation IV :

« ... Ces échecs de radiothérapie sur des fibromes même ménorragiques et interstitiels se montrent assez vite dans la première ou deuxième année, mais il est à craindre que, dans l'avenir, avec la calcification habituelle des vieux reliquats de fibromes radiothérapés, on observe assez souvent des complications tardives, nécessitant des hystérectomies retardées... »

L'avis des radiologues est différent. Le Professeur Réchou, directeur du Centre anticancéreux de Bordeaux et professeur d'électricité médicale de l'Hôpital Saint-André, nous disait dernièrement que « jamais, dans sa longue carrière, il n'a vu un fibrome, sous l'influence du traitement radiothérapique, dégénérer et devenir calcifié... »

Les Docteurs Mathey-Cornat et Lachapèle, radiologistes et assistants du Professeur Réchou, nous ont déclaré : «... Il ne faut pas proscrire la radiothérapie dans le traitement des fibromes calcifiés. Dans certains cas, on peut faire de la roëntgenthérapie, et surtout de la curiethérapie, et on a pu voir une atrophie du fibrome calcifié... »

Enregistrons objectivement ces opinions, et n'hésitons pas, après un échec complet du traitement radiothérapique, à intervenir chirurgicalement. On peut essayer les rayons X et la curiethérapie, mais ce ne sera qu'à titre d'essai, et la place importante doit être faite à l'hystérectomie subtotale ou totale.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

Mme M... (Marie), 45 ans, entrée le 28 septembre 1932 dans le service du professeur Guyot, à l'Hôpital André-Boursier. La malade entre à l'hôpital pour douleurs dans le bas-ventre du type élancement avec ménorragies depuis plusieurs années.

Antécédents personnels. — Une grossesse normale et trois fausses couches. Jamais d'infection grave, ni même de pertes importantes.

Réglée à 13 ans; bien réglée, sauf depuis trois ans, où les pertes sont moins abondantes.

Depuis un an, entre les règles, petites pertes rougeâtres.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à trois ou quatre mois par des douleurs au niveau du bas-ventre, surtout à gauche, avec des pertes plus abondantes.

Elancements d'abord peu intenses, puis très pénibles — au point de décider la malade à entrer à l'hôpital — avec irradiation dans la région ovarienne, la fosse iliaque gauche, les reins.

Ces douleurs ont disparu complètement avec la glace. Une seule crise importante, il y a deux mois (avec diarrhée, vomissement, température.

Crise qui a duré huit jours. Entre le 22 septembre à Boursier.

En résumé, histoire de métrite-annexite légère et de fibrome.

Examen (28 septembre). — A l'entrée, bon état général, bon facies, femme extrêmement adipeuse.

Abdomen très volumineux, à paroi épaisse, qui gêne l'examen. Aucune masse perceptible au palper. Point douloureux à gauche.

Toucher vaginal : Col nettement dévié à gauche, de consistance normale, irrégulière. On sent une masse dure remontant jusque dans la fosse iliaque gauche faisant corps avec l'utérus (mobilisation directe avec le col). Volume apparent : tête de fœtus. Culs-de-sac libres, sauf l'antérieur, comblé par une masse volumineuse dure, qui se mobilise directement avec celle que l'on a perçue dans la fosse iliaque gauche.

Conclusion. — Gros fibrome, surtout développé à gauche, avec séquelles d'annexite du même côté.

Le 12 octobre 1932, tension artérielle : Mx, 18; Mn, 10; Io, 2.

Opération (14 octobre 1932, par M. Villar). — Laparotomie médiane. Gros fibrome multinodulaire remplissant le petit bassin sans accès latéral, car il existe de chaque côté un pyosalpinx collé aux parois pelviennes. On commence par disséquer toute l'anse sigmoïde, dont la face inférieure et le méso sont très adhérents à la tumeur. On essaie ensuite de libérer les annexes droites. On doit y renoncer. On procède alors à la myomectomie d'un gros fibrome, ce qui donne un peu de jour sur le côté droit.

Entre deux pinces, on coupe au ras de la corne utérine droite; l'utérus s'élève très peu et des veines du bord du fibrome saignent. On pratique une seconde myomectomie sur un autre noyau antéro-latéral gauche (nodule calcifié).

Incision du péritoine vésical, refoulement très bas de la vessie. On peut alors placer une pince sur l'utérine droite, et l'on commence la section du col de droite à gauche. Une pince est mise en travers sur l'utérine gauche. On termine péniblement par la décortication de l'annexe gauche. On revient à l'annexe droite, qu'on extirpe. Hémostase pénible par suite de la profondeur extrême du petit bassin et de l'extrême friabilité des tissus qui cèdent sous les pinces; on les ligature; il persiste cependant un léger suintement en nappe. On se rend compte alors que la décortication a rasé le rectum en arrière, le mésosigmoïde et le sigmoïde en haut et à gauche et les parois du petit bassin à droite.

Mikulicz à trois mèches, fermetures en trois plans avec quatre fils d'argent extrapéritonéaux.

En résumé, hystérectomie subtotale sans appendicectomie.

Le 17 octobre 1932, malade fatiguée. On lui fait du sérum physiologique, et on lui donne des toni-cardiaques.

Température à 39 degrés.

Le 18, on enlève les mèches du Mikulicz.

Le 24, température maintenue autour de 38. La malade va beaucoup mieux. On pose un drain n° 12. Suppuration assez abondante.

Points enlevés le 27. Drain n° 10.

Le 6 novembre, drain enlevé, la suppuration a bien diminué et la température est normale.

Le 13 novembre, on fait de la lumière pour hâter la cicatrisation.

Le 7 décembre, trajet du Mikulicz exploré doucement. Séro-pus.

Le 10 décembre, la malade se lève.

Le 23 décembre, sortie de l'Hôpital André-Boursier. Etat local et général excellent.

La malade vient d'être revue, au début d'avril 1935, par le Docteur Villar. Guérison parfaite, résultats excellents.

OBSERVATION II.

(M. le Professeur GUYOT et M. BALARD, *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, Paris, 1924. Présentation de pièces par M. le Professeur GUYOT.)

Sur un cas de fibrome calcifié.

L'observation se rapporte à une femme âgée, ayant eu quatre enfants, et dont la ménopause était survenue à 51 ans, avec quelques hémorragies. Longtemps après, elle présenta une douleur rebelle dans le membre inférieur gauche, dans la région du sciatique.

Le médecin traitant, après échec de diverses thérapeutiques, fit radiographier la hanche et l'abdomen. La radiographie décela une tumeur du petit bassin latéralisée à gauche, fortement opaque, calcifiée.

L'examen gynécologique démontra qu'il s'agissait d'une tumeur utérine.

Hystérectomie subtotale.

Guérison *per primam*.

L'examen de la pièce permet de se rendre compte que l'on a affaire à un fibrome interstitiel calcifié.

OBSERVATION III.

(M. CHARRIER, Société anatomo-clinique de Bordeaux, 8 mai 1911.)

Fibrome calcifié de l'utérus. Hernie ombilicale chez une diabétique.

Il s'agit d'une femme de 62 ans, diabétique depuis dix ans environ, qui se présente à nous avec un fibrome assez volumineux très dur, n'ayant jamais donné lieu à des accidents quelconques. Depuis un mois, elle a de la céphalée, des vomissements, de l'oligurie; perte complète de l'appétit.

A notre premier examen, nous sommes très embarrassé pour établir un traitement. Nous éloignons momentanément l'intervention, car l'analyse des urines montre qu'il y a 49 grammes de sucre par litre; cependant, pas d'acétone; 32 grammes d'urée; pas d'albumine, et réflexes rotuliens abolis.

La malade, tenue en observation, continue à présenter les mêmes symptômes. Craignant des accidents plus graves d'urémie et supposant que ces mêmes accidents sont dus à de la compression urétérale provoquée par le fibrome, nous intervenons après avoir mis la malade à un régime liquide abondant et après avoir réduit la quantité de sucre dont le taux est arrivé à 18 grammes.

Intervention (5 avril). — Chloroforme; hystérectomie subtotale; cure radicale de la hernie ombilicale surajoutée.

Suites opératoires des plus simples. La température n'est jamais montée au-delà de 36°8. Lever au dix-huitième jour.

Disparition complète des symptômes d'urémie mentionnés plus haut; cela nous paraît très bien expliqué par la compression de l'uretère droit observée au cours de l'opération. Ce qui nous paraît

plus difficile à comprendre, c'est que, depuis l'intervention, la malade, sans régime spécial, ne présente plus que 3 grammes de sucre par litre.

OBSERVATION IV.

(Professeur BÉGOUIN, *Bordeaux chirurgical*, 1932, p. 161.)

Mme B..., entrée le 22 octobre 1931 pour fibrome calcifié traité par la radiothérapie.

... Il semblait qu'il dût à jamais rester silencieux; or, il y a un an environ, Mme B... éprouva de la pesanteur dans le bas-ventre, puis de la gêne douloureuse sur le rectum, avec sensation pénible de ballonnement d'un corps étranger, tous inconvénients qui s'accrochèrent progressivement. Le toucher me montra un fibrome utérin mobile, du volume d'un gros œuf de poule, d'une dureté pierreuse et douloureux à la pression.

En face de ces troubles et craignant une menace de suppuration de ce fibrome calcifié, je pratiquai une hystérectomie le 22 octobre 1931.

... Le fibrome est tout entier calcifié, mais sans suppuration. En raison de l'état de la paroi abdominale radio-nécrosée, qui ne formait qu'un bloc cicatriciel, je redoutais un retard ou une absence de cicatrisation; il n'en fut rien; la réunion se fit *per primam*.

OBSERVATION V.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Mlle S... (Henriette), 34 ans, domestique. Entrée le 2 juillet 1931 dans le service de M. le Professeur Guyot.

Venue à l'hôpital sur les conseils du Professeur Jeanneney pour ménorragies et règles douloureuses.

Histoire de la maladie. — Il y a cinq ou six mois, la malade a constaté que ses règles, qui auparavant duraient quatre ou cinq jours, se prolongeaient huit jours, en même temps que ses époques devenaient plus douloureuses.

Au mois de mai, crise douloureuse aiguë à forme de coliques très vives, qui amènent la malade à consulter le Docteur Jeanneney, qui diagnostique un fibrome et conseille à la malade d'entrer à l'hôpital après s'être reposée.

Antécédents personnels. — Malade réglée depuis l'âge de 13 ans. Règles régulières, douloureuses, de durée normale jusqu'en février. Une fausse couche de trois mois en 1926 pas traitée.

Quelques crises de coliques hépatiques.

Opérée de hernie en 1921.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

B.-W. négatif.

Actuellement, bon état général. Anémie profonde il y a quelques mois. Bon appétit. Pas de constipation. Urines claires, abondantes.

Au toucher vaginal, col souple, non déchiqueté, déjeté à gauche. Culs-de-sac souples et non douloureux, sauf le gauche, qui est déplié par une masse dure et douloureuse. Corps utérin dur, douloureux, augmenté de volume, de la grosseur du poing. Masse latérale gauche se continuant avec le corps utérin, mobilisable.

Tension artérielle : Mx, 14; Mn, 12; Io, 3,5.

Opération (10 juillet 1931). — Hystérectomie subtotale avec appendicectomie.

Dès le ventre ouvert, on constate un gros utérus fibromateux, augmenté de volume dans son ensemble; hystérectomie subtotale par le procédé américain en commençant par la droite. Hémostase difficile. Suture du col par un point en U après iodisation. Péritonisation simple. Léger hématome sous-péritonéal gauche, avec appendicectomie. Suture de la paroi en trois plans, sans crins profonds.

Bonnes suites opératoires. Suites normales.

Exeat. Guérison (11 août 1931).

L'examen de la pièce montre la présence d'un seul nodule fibromateux de la face postérieure, facilement énucléable et présentant à la coupe une mince coque calcaire.

Diagnostic porté : fibrome calcifié.

OBSERVATION VI.

M... (Joséphine), 48 ans. Entre le 2 septembre 1929 pour fibrome dans le service du Professeur Guyot.

Début il y a trois ans. Règles augmentées d'abondance et de durée, irrégulières.

Il y a deux ans, elle constate dans son bas-ventre l'existence d'une tuméfaction dure, non douloureuse à la palpation, du volume d'un œuf, tuméfaction ayant progressivement augmenté de volume jusqu'au 2 septembre. Troubles de l'état général, perte des forces, perte de l'appétit. Pas de troubles de compression pelvienne.

Examen. — Fibrome utérin de la grosseur d'une tête de fœtus, de surface irrégulière, avec plusieurs nodules sous-séreux, dont l'un, très dur, a le volume d'une petite orange. Pas de douleur à la palpation. Mobilité.

Opération (3 septembre 1929, par M. le Professeur Loubat). — Anesthésie à l'éther. Hystérectomie subtotale et appendicectomie.

A la coupe, on remarque de très nombreux nodules interstitiels, unis un sous-muqueux bombant dans la cavité utérine.

A noter l'existence d'un nodule très dur, sous-séreux, qu'on est obligé de scier. Il se présente avec une coque calcaire de 1/2 centimètre d'épaisseur. Le reste du contenu est gris, de consistance élastique, représentant du tissu fibromateux en nécrobiose. A noter également l'existence de deux petits fibromes sous-séreux également calcifiés.

Le 1^{er} octobre 1929, la malade quitte le service. Guérison complète.

OBSERVATION VII.

(VACHEY, *Lyon médical*, 1923.)

Malade âgée de 60 ans. Ménopause à 53 ans. Cependant elle n'avait présenté aucun trouble. Mais, depuis cette époque, elle eut à deux reprises des crises douloureuses abdominales s'accom-

pagnant parfois de vomissements, jamais de métrorragies. Depuis la dernière crise, datant de 2 mois 1/2 environ, apparition de troubles de la miction : dysurie avec urines troubles et température.

L'état général de la malade commence à décliner assez rapidement.

A noter qu'avant d'entrer dans le service, elle avait subi neuf séances de radiothérapie.

La malade fut examinée fin janvier, et la palpation de l'abdomen permit de sentir une masse indurée à limites nettes remontant jusqu'au niveau de l'ombilic.

Le toucher vaginal fit percevoir la tumeur occupant le cul-de-sac antérieur et d'une extrême dureté, faisant penser à un fibrome calcifié.

L'intervention, pratiquée le 13 février, donne les résultats suivants : fibrome calcifié occupant le petit bassin et ne présentant aucun pédicule ni aucune connexion avec l'utérus ou les annexes. Il est « simplement adhérent aux anses intestinales », et on le détache facilement par quelques coups de compresses. L'utérus est fibromateux, et l'on extirpe un petit fibrome pédiculé sous-péritonéal.

En somme, tumeur libre dans la cavité abdominale.

L'examen de la pièce montre une masse calcifiée présentant en certains endroits de la dureté de la pierre, et, en d'autres points, des troubles de nutrition qui se comprennent aisément puisque la tumeur ne vivait plus que par ses connexions avec les anses intestinales, connexions très minimes.

Les suites de l'intervention furent bénignes, et la malade s'améliora rapidement.

OBSERVATION VIII.

(VACHEY, *Lyon médical*, 1923.)

Femme de 40 ans. Fibrome calcifié interprété successivement comme une tumeur intestinale et annexielle. La pièce macroscopique est plus banale que la précédente en ce sens que le fibrome calcifié fait partie d'un ensemble et qu'il ne paraît pas avoir subi

d'autres modifications que cette infiltration calcaire. Il n'est pas libre dans la cavité abdominale, comme le précédent.

OBSERVATION IX.

(F. JAYLE et Paul AIMÉ, *C. R. de la Société française de gynécologie*, févr. 1933.)

R... 64 ans. Fibromes utérins multiples. Utérus volumineux dépassant largement l'ombilic et se confondant avec une masse de l'hypocondre, que l'on considère comme splénique. Il y aurait vingt-cinq ans que la malade aurait constaté l'existence de ses fibromes. Pas de ménopause. Pertes presque continuelles. Etat anémique avec fatigue et amaigrissement depuis quelque temps. Les règles ont toujours été très abondantes. L'examen local montre quatre grosses masses, dont l'une, antérieure, est plus mobile que les autres.

Le traitement radiothérapique est commencé le 17 mars 1917 avec la technique utilisée à cette époque : quatre heures par séance et par champ sous filtre de 3,5 d'aluminium.

Dix séances du 17 mars au 17 avril. Mon collègue et ami, le Docteur Solomon, continue le traitement pendant les deux mois où je suis obligé de m'absenter et fait trois applications de deux heures par semaine pendant neuf semaines. Il m'écrit qu'il a constaté d'une part une splénomégalie leucémique, et, d'autre part, une masse lobulée paraissant être un fibrome utérin.

L'examen du sang indique une formule leucocytaire normale : 4.800.000 globules rouges et 5.000 globules blancs sans formes anormales.

Après dix séances, le 6 août, je constate un ramollissement notable du fibrome, dont les dimensions ont beaucoup diminué. Je note : diamètre vertical, 22 centimètres au-dessus de la symphyse et 55 centimètres d'une crête iliaque à l'autre, en passant par l'ombilic.

Le 27 août, le pôle supérieur est à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

On note 17 centimètres pour le diamètre vertical le 5 novembre, et 37 pour la distance entre les deux parois latérales en passant par l'ombilic. Il est manifeste que la masse supérieure, considérée comme splénique, fait en réalité partie du fibrome utérin.

Le traitement est interrompu le 26 novembre 1917.

Je revois la malade le 6 juin 1918.

Petit suintement, puis pertes blanches légères. Un peu d'œdème des jambes. Je fais quelques applications jusqu'en août. Nouvelle interruption jusqu'en janvier 1919, où je constate que la masse supérieure considérée comme splénique s'est décollée du diaphragme et se trouve 5 centimètres en dessous du rebord costal. L'ensemble des tumeurs abdominales mesure 34 centimètres au-dessus de la symphyse, et la distance d'une crête iliaque en passant par l'ombilic est de 37 centimètres.

Je revois la malade en 1920. Il n'y a plus de masse splénique. Il ne reste plus qu'une tumeur unique, dure, ne dépassant pas le niveau de l'ombilic. La radiographie faite à ce moment montre une masse très opaque, présentant l'aspect radiologique des fibromes calcifiés.

La tumeur, dont le pôle supérieur se confondait avec la rate et atteignait le rebord costal, était réduite au point de ne plus dépasser l'ombilic; l'abdomen, dont les dimensions étaient celles d'une grossesse gémellaire lors du début du traitement, était réduit aux proportions d'un ventre un peu fort, comme en présentent si souvent les femmes à cet âge.

La malade a succombé six ans plus tard à l'hypertension dont elle présentait des signes manifestes pendant le traitement radiothérapique.

OBSERVATION X.

(GUIBÉ.)

R... (Sophie), âgée de 49 ans, entre à l'Hôpital Beaujon pour un fibrome utérin. Ce fibrome a occasionné chez elle des métrorragies abondantes, qui l'ont amenée à un état d'anémie prononcé. A la palpation, on sentait très nettement un fibrome utérin gros envi-

ron comme une tête de fœtus et présentant à sa surface deux ou trois bosselures. Aucun symptôme de compression.

Opération (3 septembre 1900, par Rochard, aidé de M. le Professeur Berger). — Hystérectomie abdominale totale.

Suites opératoires excellentes; mais, le 25 septembre, lorsque la malade commençait à se lever, elle fit soudain une embolie et mourut en cinq minutes.

Le fibrome enlevé pèse 900 grammes. Il se compose essentiellement d'un fibrome interstitiel gros comme le poing, situé dans la paroi antérieure de l'utérus. A côté de lui se trouvent deux ou trois petits fibromes interstitiels, un fibrome sous-muqueux pédiculé, gros comme une noisette et deux fibromes sous-séreux, sessiles, mais nettement dégagés de l'utérus et gros environ comme une noix. Tous ces fibromes sont normaux, sauf ces derniers, qui crient sous le scalpel et présentent très nettement des trainées d'infiltration calcaire. Les fibromes calcifiés ont été fixés à l'alcool, décalcifiés à l'acide acétique et colorés à l'hématoxyline-éosine. La calcification est ici très peu avancée. A l'œil nu, on voit des plaques d'un violet clair, qui tranchent assez nettement sur le fond rose. A un grossissement moyen, on voit partout des noyaux violets en bâtonnets tranchant sur le fond rose, mais, en approchant des placards, on aperçoit peu à peu sur le fond un semis de granulations violettes qui deviennent de plus en plus abondantes vers le centre sans confluer. Pas de traces de vaisseaux.

CONCLUSIONS

I. — La dégénérescence calcaire des fibromyomes utérins est plutôt rare, « découverte opératoire ou d'autopsie ».

II. — Elle se rencontre en général chez les personnes âgées, après la ménopause. On incrimine l'athérome des vaisseaux utérins, une dégénérescence fibreuse ou graisseuse du fibrome, primitive ou secondaire.

III. — Les signes du fibrome calcifié se rattachent à ceux du fibrome simple.

IV. — Le diagnostic du fibrome calcifié se fait :

— par le toucher vaginal combiné au palper abdominal;

— par la radiologie : image opaque.

Un bon diagnostic doit être précoce et ne doit pas attendre la douleur, signe de compression tardive.

V. — Les complications revêtent des aspects cliniques variés :

Hémorragies abondantes;

Complications viscérales par compression;

Légère obstruction intestinale;

Accidents urémiques;

Phénomènes urinaires;

Troubles du côté du rectum.

Douleur : tiraillement du plexus utérin par le poids et la dureté de la tumeur.

Douleur — par compression — lombaire le long du trajet du sciatique.

VI. — Le pronostic du fibrome calcifié est bénin, mais, étant donné la fréquence des complications, cette bénignité est loin d'être constante.

VII. — Le traitement chirurgical a donné d'excellents résultats.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*
PIERRE MAURIAC.

Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 13 avril 1935.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — Fibromes calcifiés. *Lyon médical*, 1924, CXXXIV, p. 141.
- ALFIÉRI. — Le traitement chirurgical des fibromes utérins. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, sept. 1921.
- ALIX (E.). — Un cas de fibrome utérin calcifié. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, 12, 287, 1928.
- ARENS (R.-A.), A.-R. BLOOM. — Case of chronic appendicitis and calcified fibro-utérus. *Radiology*, 10, 256-257, mars 1928.
- BAUDET (M.). — Etiologie des fibromes utérins et en particulier de l'influence de la stérilité, Bordeaux.
- BAUDIN (A.). — Volumineux fibrome calcifié. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1918-1919, LXXXIX, p. 471.
- BLACK (T.-N.). — Fibrom calcified. *Tri. State M. J.*, 3, 498, 500, janv. 1931.
- BOUCHACOURT. — Présentation de radiographies ayant trait au radiodiagnostic de la dégénérescence calcaire des fibromes utérins. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1921, XIII, p. 440.
- CHARRIER. — Fibrome calcifié de l'utérus. Société anatomo-clinique de Bordeaux, 8 mai 1911.
- GOULLAUD. — Volumineux fibrome calcifié. Société de chirurgie de Lyon, avril 1913.
- GUYOT-BALARD. — Sur un cas de fibrome calcifié. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1924, XIII, p. 440.
- GUIBÉ. — De la calcification des fibromyomes de l'utérus. Thèses Paris, 1900, 1901.

HAMANT. — L'évolution des fibromyomes à la ménopause. *Rev. méd. de l'Est*, 1920.

JAYLE (F.), Paul AIMÉ. — Présentation de radiographies de fibromes calcifiés, prises sur des pièces enlevées et sur le vivant. *C. R. de la Soc. franç. de gyn.*, n° 2, févr. 1933, séance du 27 févr. 1933.

JAYLE (F.). — La calcification des fibromes. *Soc. franç. de gyn.*, janv. 1933, 2^e article, *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, n° 4, avril 1933.

KMPENIKOFF (N.-V.). — Cases of calcification of submucous tissues fibroids of the uterus. *Med. Myst. Rostovna*, Donn, 1923, 26, III, p. 24-29.

LEHMANN (Robert). — Fibrome utérin calcifié. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 30 nov. 1930, p. 571.

LESNÉ et LUGANNE. — Histologie du fibrome calcifié. *Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, juill. 1910.

LÉVY (L.-J.-R.). — Considérations sur la calcification des fibromyomes utérins. Pathogénie. Thèses Bordeaux, 1915-1916.

LORIN (H.). — La dégénérescence calcaire des fibromyomes de l'utérus. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1921, XVI, p. 79-814.

MARCEL (J.-E.). — Présentation d'une très belle radiographie de fibrome calcifié. *Soc. franç. de gyn.*, séance du 20 nov. 1933, n° 7, nov. 1933.

MAGNY (Martin de) et BARDON. — Fibrome calcifié de l'utérus. *Soc. d'anat. et de physiol. normale et pathol. de Bordeaux*, avril 1910.

NADAL (P.). — Fibrome calcifié. *Soc. anatom. de Paris*, juill. 1913.

PÉRAIRE. — Fibrome utérin en partie calcifié. *Société anatomique de Paris*, mars 1909.

PÉTRIDIS (A.). — Fibrome calcifié de l'utérus (présentation de la pièce anatomique). *Bull. et mém. de la Soc. anatom. de Paris*, 1921, XCI, p. 25.

PINEL (A.). — La dégénérescence calcaire des fibromes utérins. Thèses Paris, 1924.

STROHEKER (H.). — Les fibromes du ligament large. Thèse Paris, 1902.

- TAPIE (Jean), MAUDOT-BUMAND. — Présentation d'un fibrome calcifié. Société anatomo-clinique de Toulouse, séance du 25 janv. 1932.
- VACHEY. — Fibromes calcifiés. *Lyon médical*, 1923, CXXXII, p. 1006.
- VENOT. — Fibrome calcifié. Gangrène. *Bull. de la Soc. d'obst. et gyn.*, Paris, 1923, p. 230.
- VIRCHOW (R.). — Pathologie des tumeurs. 1870, trad. franç., t. III.
— Uterus fibroïd. *Wiener med. Wochensch.*, s. 101, 1856.
- YAROUB. — Fibrome utérin calcifié. *Gazette médicale d'Orient*, Pera, 1924, LXIX, p. 637-641.

